ATLAS



año 2 número 6 / julio 2015

otra revista de salud mental,
una revista de psiquiatría de enlace



ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

Este número de ATLAS fue pensado originalmente como un especial sobre formación en salud mental, pero como pasa a menudo, primero se diversificó y después, con el contenido ya definido, nos dimos cuenta que estuvimos hablando de eso todo el tiempo.

Los invitados estrellas de esta edición son el Dr. Marcelo Cetkovic Bakmas, a quien muchos de ustedes conocen y que escribió especialmente para esta edición un artículo super interesante que arranca con Bleuler y llega hasta los modelos matemáticos actuales que estudian la genética detrás de los fenotipos, con una vuelta especial que no vamos a adelantar. El otro artículo pensado para este número es de la Lic. Tomasa San Miguel, a quien muchos también conocerán, que aceptó el desafío de hablar sobre la formación. Ambos trabajos tienen una fuerte posición subjetiva, que es lo que pregonamos desde ATLAS: que sea un espacio de pensamiento, actualidad y experiencia.

Los editores hemos escrito artículos sobre el estado de la formación en psiquiatría. Javier Fabrissin preguntándose por la dialéctica discursiva y Marcos Zurita (me nombro en tercera persona en homenaje a Román) sobre las formas y el contenido.

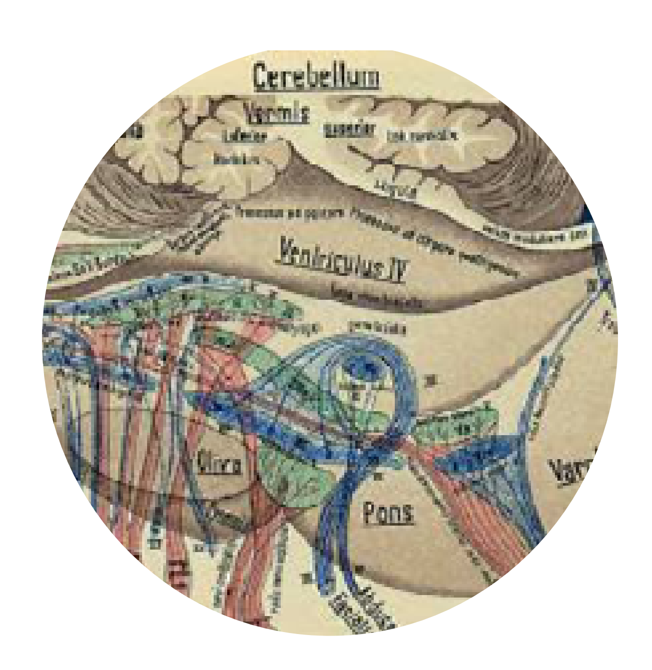
MENTALÍSIMA se ha esparcido a lo largo de la

revista, dejando de ser un suplemento.

El tubo digestivo dice presente en la nueva sección Metonimias en donde Marcos Asade, psiquiatra del hospital Udaondo, presenta la gastropsiquiatría.

Hay más cosas, pero descúbranlas solos. Recuerden que pueden enviarnos un mail con comentarios, propuestas o invitaciones a maildeatlas@gmail.com

MZ



Sumario

ATLAS Año 2 Nº 6 . Invierno 2015. ISSN 2362-2822
Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Autowahn Editora. Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace Asociación de Psiquiatras Argentinos. Lectores: maildeatlas@gmail.com

Av Belgrano 1431 1 “8” C1093AAO C.A.B.A. TE: 4383-6123 /
mail: autowahn@gmail.com

La Arquitectura Fenotípica y Genética de la Esquizofrenia. Pormenores del Tormentoso Vínculo entre la Psicopatología Descriptiva y la Biología Molecular.

Marcelo Cetkovich Bakmas

Jefe Departamento de Psiquiatría INECO
Jefe Departamento de Psiquiatría Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro

Desde la primera edición del Tratado de Eugen Bleuler(1), la heterogeneidad fenotípica de las esquizofrenias es una certeza clínica que no ha logrado un correlato sólido con datos provenientes de la epidemiología y la neurobiología. Esto no se debe a estudios robustos que hayan evaluado el fenómeno mediante métodos rigurosos y, después, descartado su existencia; por el contrario, es el resultado de una de las falacias más frecuentes de la ciencia, muy utilizada en psicopatología: la ausencia de evidencia se asume como evidencia de ausencia.

Sólo la escuela de Wernicke-Kleist y Leonhard (2) ha efectuado descripciones detalladas y estudios de seguimiento, con algunas observaciones clínicas, epidemiológicas e incluso neurofarmacológicas sólidas, que no han sido tomadas en cuenta por la clínica hegemónica de los manuales. Un ejemplo claro lo constituyen las psicosis cicloides (3, 4, 5).

La psiquiatría es una disciplina empírica basada fundamentalmente en la capacidad descriptiva del clínico experi-

mentado, el cual a través de la observación hace diagnósticos y pronósticos. Esta era, la de los grandes clínicos, ha concluido.

La respuesta de la psiquiatría moderna ha tomado en forma resuelta el camino dimensional de los endofenotipos o fenotipos intermedios. Seguramente algunas respuestas vendrán por este camino (6, 7, 8, 9).

Nos preguntamos si en otras disciplinas, digamos la física o la ingeniería, la opinión de los expertos será dejada de lado con tanta facilidad. La psicopatología descriptiva y la fenomenología han sido reemplazadas, en un movimiento brutal y torpe, por una psicometría miope; nada menos que Nancy Andreasen (10) ha reconocido esta torpeza de la psiquiatría norteamericana. En ausencia de anatomía patológica o fisiopatología conocidas, la coherencia interna (psicopatología-evolución-pronóstico) de los cuadros clínicos, era nuestra única certeza (11, 12, 13).

Aquellos que hemos estudiado clínica en la era previa a la imposición del DSM como el manual de psicopatología que nunca fue, no tenemos dudas de haber visto innumerable cantidad de pacientes cuyas manifestaciones psicopatológicas y evolutivas se ven reflejadas claramente en las descripciones clásicas de las distintas formas clínicas de la esquizofrenia. Una hebefrenia no es igual que una esquizofrenia paranoide. Las catatonias existen, aunque el término confunda a los anglosajones, al igual que la esquizofrenia simple (14).

Los investigadores a cargo de la redacción del DSM5 (15) han decidido, en forma francamente arbitraria, que las formas clínicas "son muy inestables", "tienen poco valor predictivo" y "no tienen sustento empírico". Es un dato clínico sostenido por todos los grandes psicopatólogos que las formas clínicas de la esquizofrenia son, en su inicio, inespecíficas y que los cuadros clínicos característicos se configuran con la evolución

ulterior, siendo esto corroborado por estudios recientes de primer episodio psicótico: los pródromos o inicios son inespecíficos (16). Los redactores del manual, han decidido reemplazar las formas clínicas por varias dimensiones psicopatológicas, con el objeto de expandir un poco los límites de los criterios operacionalizados.

Algunos estudios epidemiológicos lo suficientemente extensos han tenido el poder resolutivo necesario como para mostrar que las psicosis son un constructo clínico que involucra diferentes fenotipos clínicos. El Estudio de la Cohorte de Roscommon es un ejemplo (17). Como consecuencia de la adquisición acrítica del modelo bimodal basado en Kraepelin y los síntomas de primer orden de Schneider, el DSM provee una clínica de la esquizofrenia que carece de coherencia interna, justamente porque criterios de validación clínica como el patrón evolutivo, el pronóstico, así como la carga genética familiar, no son tenidos en cuenta. Una de las principales consecuencias de esta clínica devaluada de las psicosis, es que los fenotipos provistos a los investigadores en genética, están mal definidos, con lo que es difícil que se puedan encontrar correlatos clínico-biológicos consistentes.



El efecto de las diferencias clínicas es diluido en muestras enormes que solo cumplen el objeto de lograr mediante la fuerza del número, lo que no se logra mediante una clínica más precisa (18). Las complejidades de la investigación en genética

aplicada a la psiquiatría y su historia son muy bien explicadas por Kenneth Kendler (19). En este apasionante artículo, Kendler revisa y hace un paralelo entre las investigaciones en genética de los rasgos y la esquizofrenia, el valor pedagógico de este artículo es extraordinario y recomendamos su lectura minuciosa. Los modelos "mendeliano" y "biometricista" fueron utilizados por distintos investigadores para tratar de encontrar las bases genéticas de la esquizofrenia. Los Mendelianos buscaron genes o "locus de efecto mayor", lo que encaja mejor con la tradición nosográfica germana que buscaba "una causa discreta" para la esquizofrenia, por eso el empeño anatomopatológico de Kraepelin. Tomando como base los hallazgos de la parálisis general progresiva, lo más parecido a un germen, era un gen. Esto es lo que hizo Rüdin, el tristemente célebre genetista alemán en la clínica de Munich.

El modelo mendeliano se basa en el análisis de las "tasas de segregación" de una enfermedad en pedigrís humanos, por eso es mucho más cercano al modelo clínico categorial, porque indaga la mera presencia o ausencia de la enfermedad. Con el advenimiento de la biología molecular, los estudios que se basaban en este modelo fueron los de "ligadura" (linkage), que intentaron asociar un locus o gen conocido con la enfermedad. La euforia inicial producida por algunos hallazgos, se diluyó en la falta de replicación de los mismos. Los "biometricistas", en cambio, piensan en rasgos continuos, como la estatura, y el modelo matemático es el del coeficiente de correlación. Esto lo convierte en el más apropiado para comprender las enfermedades como una dimensión continua la cual, ante la suma del efecto de múltiples genes, alcanza un umbral a partir del cual la condición puede ser detectada. No hay una diferencia cualitativa, sino cuantitativa. Clínicamente es asociable al modelo "dimensional" en psicopatología.

El paso siguiente fue la búsqueda, en grandes poblaciones de pacientes, de locus genéticos de un efecto pequeño y suma-

tivo. Esto se logra a través de los denominados "Genome Wide Amplitude Scan" (GWAS) (20, 21) o estudios genómicos de gran amplitud. Mediante el estudio de muy pequeños marcadores genéticos, los SNPs (polimorfismos de nuclétido único, una modificación en la secuencia de bases de un gen que no alcanza el rango de mutación porque está presente en el 1% de la población), se logra detectar evidencia de la participación de gran cantidad de poligenes de efecto pequeño que contribuyen al riesgo de la esquizofrenia. Un estudio GWAS típico implica tomar muestras de ADN de varios miles de pacientes y controles, para lo cual se organizan "consorcios" internacionales. Mediante estas técnicas se han logrado identificar varias decenas de SNPs asociadas al riesgo de padecer la enfermedad. Este modelo propone que la asociación sucesiva de mutaciones comunes (poligenes) es la que confiere el riesgo para la enfermedad. Es interesante citar que Kendler señala que una diferenciación cuantitativa más que cualitativa entre "estar o no enfermo", permite evitar la connotación de que las personas enfermas son "distintas", lo que lleva al estigma y la segregación. Norman Sartorius refiere que, contrariamente a lo esperado, la explicación biológica sobre los trastornos mentales, sobre todo la esquizofrenia, en vez de producir mayor empatía por considerarse una enfermedad produjo el efecto contrario, confirmatorio de la diferencia que justifica el prejuicio. Hasta que no podamos "ver" las psicosis como vemos la diabetes en la glucemia, pacientes y psiquiatras estamos estigmatizados.



Cuando al inicio de las conclusiones de su excelente trabajo de revisión, Kendler afirma que “el modelo categorial de la esquizofrenia ha fracasado” tenemos que comprender que lo que él está aplicando a la explicación sobre las bases genéticas de la enfermedad, en forma bidireccional, impregna y es influenciado por su visión dimensional desde el punto de vista psicopatológico. Pese a que él mismo ha conducido estudios epidemiológicos que indican que bajo el fenotipo “esquizofrenia” se agrupan varias condiciones diferentes, como mostró el citado estudio de Roscommon. Es notable cómo, por pararse demasiado cerca del árbol, los investigadores en genética de las psicosis no logran ver el bosque. O tal vez se paren demasiado lejos y el bosque se convierta en una mancha borrosa. Se trata de algunas preguntas sencillas que deberían hacerles a estas enormes muestras, empezando por la carga genética familiar. Ningún GWAS se ha tomado el trabajo de dividir su muestra según éste parámetro. Tal vez estemos equivocados, pero esto nos llama la atención.

Los estudios de genética modernos, sobre todo los GWAS, han sido funcionales a uno de los errores más comunes en las neurociencias modernas, cual es la búsqueda de los puntos en común entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar (22, 23). La lógica indica que lo adecuado sería comprender primero qué es lo que define a cada uno, para luego buscar los puntos clínicos-neurobiológicos en común. Al respecto, el experto Austríaco Heinz Grunze brindó una apasionante disertación, durante el reciente congreso de la ISBD (The International Society for Bipolar Disorders) en Toronto, que llevaba el sugestivo título “Manzanas y peras son similares pero no iguales”. Luego de revisar todos los puntos que muestran que se trata de condiciones diferentes concluyó su presentación con la siguiente frase: “El argumento menos científico, pero clínicamente más relevante: un clínico experimentado puede decirte en forma inmediata quién es quién”. Y resume la problemática con mucho sentido común, al explicar que “finalmente, todas

las enfermedades cerebrales (incluyendo enfermedades neurológicas como la epilepsia) se encuentran en algún punto de un continuo de afectación del mismo órgano, teniendo las mismas vías finales neurotóxicas por lo que sus fenotipos pueden superponerse en forma significativa. Caracterizar sus fenotipos mediante dimensiones en vez de categorías es útil para una descripción precisa de un paciente individual, pero no contradice etiologías subyacentes diferentes y deja afuera el curso en el largo plazo como el rasgo más distintivo". (24) El problema de la investigación moderna en psicopatología es que se ha dejado de lado al experto, los diagnósticos son hechos por las personas con menos experiencia del equipo, "punteando" síntomas en una planilla. La detección de las manifestaciones clínicas sutiles, cuyo aprendizaje requiere años, queda, de esta forma, dejada de lado. Helmut Beckmann, siempre señalaba esto y decía "los diagnósticos diferenciales difíciles los hace el más experimentado, no el júnior" (comunicación personal).



La importancia del estudio de Arnedo (25) y colaboradores (además de que dos de sus autores son argentinos, Gabriel Erausquin e Igor Zwir), radica en que utilizan un análisis matemático complejo para demostrar que los datos de la biología molecular, adecuadamente manejados, confirman la suposición clínica sobre la heterogeneidad de la esquizofrenia. Destacamos en la introducción del artículo algunas definiciones de valor didáctico: 1. "Enfermedades complejas como la esquizofrenia, pueden estar influenciadas por cientos o miles

de variantes genéticas que interactúan entre ellas en formas complejas mostrando, en consecuencia, una arquitectura genética Multifacética". Creemos que el concepto de "arquitectura genética" es elocuente porque grafica las complejidades a las que nos lleva el estudio de las bases moleculares de las enfermedades. Como veremos en el desarrollo del estudio, múltiples y diferentes vías de interacción, son responsables de, a su vez, múltiples aspectos de la enfermedad. La idea "un gen, una enfermedad", debería ser abandonada. 2. "La arquitectura de la genética de las enfermedades heredables se refiere al número, frecuencia y "tamaño del efecto" de alelos de riesgo genético y la forma en la que ellos están organizados en redes genotípicas". 3. "En trastornos complejos, las mismas redes genotípicas pueden llevar a diferentes evoluciones clínicas (fenómeno conocido como multifinalidad y llamado pleiotropía en genética) y diferentes redes genotípicas pueden llevar a la misma evolución clínica (equifinalidad, también denominada heterogeneidad). En general los genetistas deben esperar que varios genes afecten a cada rasgo y cada gen afecte muchos rasgos".

Estas sencillas leyes de la investigación en genética tornan comprensible "por qué la investigación en trastornos heredables complejos como la esquizofrenia tenga posibilidades de llevar a resultados débiles e inconsistentes, a menos que la complejidad de su arquitectura genética y fenotípica sea tenida en cuenta". Aquí está la clave de todo el aporte del artículo: la combinación de dos complejidades. Se deja de asumir que la esquizofrenia es una variable única que está ausente o presente, y se la plantea también como poseyendo una arquitectura fenotípica compleja que debe ser combinada con la otra complejidad arquitectónica, la genética. Como vemos, Arnedo y colaboradores reseñan y clarifican los postulados de Kendler, pero se animan a contradecir algunas de sus conclusiones. Desde el punto de vista clínico tomaron los datos del estudio y seleccionaron 93 rasgos clínicos basados en la "En-

trevista Diagnóstica para Estudios Clínicos". Utilizando una "factorización matricial no-negativa" de estos datos, pudieron identificar grupos de rasgos que se agrupaban en casos especiales, lo que les permitió identificar 343 conjuntos fenotípicos, distintos y con posibilidades de superposición, de características clínicas diferentes que se agruparon en casos particulares con esquizofrenia. Concretamente, conjuntos fenotípicos de síndromes clínicos, independientemente de su base genética. Luego evaluaron las relaciones entre los conjuntos fenotípicos y los conjuntos genotípicos De esta forma pudieron identificar que determinados conjuntos fenotípicos (síndromes) se asociaban en forma preferente con determinados grupos genotípicos. En forma específica identificaron un conjunto fenotípico que indicaba "un proceso severo de deterioro" (síntomas positivos persistentes con deterioro progresivo marcado) el cual se asoció con muchos conjuntos genotípicos. Identificaron síndromes clínicos específicos que se asociaron en forma clara con una particular red de genotipos. Las relaciones entre los fenotipos y los genotipos se pudieron agrupar, mediante este método, en 8 "clases de esquizofrenias". Cada una de estas 8 clases es descripta en forma sinóptica. Básicamente los síntomas "positivos" y "negativos" actuaron como factor que permitió diferenciar las distintas formas clínicas.

La conclusión del estudio es que sus hallazgos les indican que la "esquizofrenia comprende diversos síndromes clínicos distintos asociados con muchas redes genotípicas desagregadas". Por lo tanto, gran parte de la heredabilidad de la esquizofrenia no ha sido detectada por estudios que clasifican a los sujetos sólo por si tienen o no la enfermedad. Su análisis, "dirigido puramente por los datos", muestra que la heredabilidad esquiva de la esquizofrenia no está perdida, sino que está codificada en una distribución compleja de relaciones entre genotipos y fenotipos. Admiten que "su evidencia, indicando que la esquizofrenia es un grupo heterogéneo de enfermedades, sugiere la reducción de la información clínica sobre la esqui-

zofrenia a un diagnóstico categorial único es inadecuada". Un siglo de investigaciones genéticas y varios cientos de millones de dólares después, llegan a la misma conclusión que Kraepelin, Bleuler, Kleist y Leonhard propusieron en forma previa.

En el momento en el que estábamos dando las últimas correcciones a estos comentarios, recibimos en nuestra casilla de mail la tabla de contenidos del último número de la revista ”Translational Psychiatry" en la cual aparece publicado este artículo (26). Nuevamente se toman datos clínicos deficientes (un cuestionario de 28 ítems) para definir, en forma matemática, subtipos de fenotipos depresivos para cruzarlos con los datos genéticos. Por supuesto, y nuevamente, los datos con fenotipos definidos "psicométricamente" y no meramente como ausencia o presencia, permiten establecer correlaciones más robustas con los polimorfismos en estudio.

Vemos que los investigadores en genética del trastorno mental han detectado, por vía indirecta, algo que los especialistas en psicopatología diferencial vienen afirmando hace tiempo: no vamos a encontrar un correlato potente entre los datos de la clínica y los de la genética mientras sigamos utilizando fenotipos mal definidos. En el trabajo de Xu esto está expresado en forma prístina en la introducción, con la salvedad que ellos atribuyen la imprecisión a la variabilidad de la evaluación psiquiátrica en sí misma.

Creemos que intentar reemplazar el ojo experto con modelos matemáticos complejos puede ser un camino erróneo; sin embargo pareciera que, en algún punto, estos modelos matemáticos intentan remedar al "clínico experto" que mencionaba Grunze, ante la imposición de modelos clínicos de bajo poder resolutivo. Tal vez haya lugar en el futuro para que alguien lúcido rescate descripciones clínicas minuciosas, fenotipos mejor definidos, para que la investigación en genética de los trastornos mentales llegue a buen puerto.

Bibliografía:

1) Bleuler, Eugen. “Dementia Praecox or the group of Schizophrenias.” (1950).

2) Leonhard, Karl. “Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada.” Clínica de las esquizofrenias asistemáticas 1 (1999): 90-103.

3) Cetkovich-Bakmas, MG. “Psicosis cicloides: aspectos neurobiológicos, epidemiológicos y genéticos.” Monografías de psiquiatría 17.2 (2005): 28-34.

4) Jabs, BE et al. “Cycloid psychoses–from clinical concepts to biological foundations.” Journal of neural transmission 109.5-6 (2002): 907-919.

5) Pfuhlmann, B et al. “On interrater reliability for Leonhard’s classification of endogenous psychoses.” Psychopathology 30.2 (1997): 100-105.

6) Insel, Thomas et al. “Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders.” American Journal of Psychiatry 167.7 (2010): 748-751.

7) Gottesman, Irving I, and Todd D Gould. “The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions.” American Journal of Psychiatry 160.4 (2003): 636-645.

8) Braff, David L et al. “Deconstructing schizophrenia: an overview of the use of endophenotypes in order to understand a complex disorder.” Schizophrenia bulletin 33.1 (2007): 21.

9) Turetsky, Bruce I et al. “Neurophysiological endophenotypes of schizophrenia: the viability of selected candidate measures.” Schizophrenia bulletin 33.1 (2007): 69-94.

10) Andreasen, Nancy C. “DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences.” Schizophrenia bulletin 33.1 (2007): 108-112.

11) Kendell, R. “Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric ...” 2003. <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.160.1.4>

12) Robins, Eli, and Samuel B Guze. “Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia.” American Journal of Psychiatry 126.7 (1970): 983-987.

13) Mahendra, B. “Where have all the catatonics gone?.” Psychological medicine 11.04 (1981): 669-671.

14) DSM-5 American Psychiatric Association. “Diagnostic and statistical manual of mental disorders.” Arlington: American Psychiatric Publishing (2013).

15) Yung, Alison R et al. “Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states.” Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 39.11-12 (2005): 964-971.

16) Kendler, Kenneth S, Laura M Karkowski, and Dermot Walsh. “The structure of psychosis: latent class analysis of probands from the Roscommon Family Study.” Archives of General Psychiatry 55.6 (1998): 492-499.

17) Kavanagh, DH et al. “Schizophrenia genetics: emerging themes for a complex disorder.” Molecular psychiatry (2014).

18) Kendler, KS. “A joint history of the nature of genetic variation and the nature of schizophrenia.” Molecular psychiatry 20.1 (2015): 77-83.

19) Schizophrenia Psychiatric Genome-Wide Association Study (GWAS) Consortium. “Genome-wide association study identifies five new schizophrenia loci.” Nature genetics 43.10 (2011): 969-976.

20) Bergen, Sarah E, and Tracey L Petryshen. “Genome-wide association studies (GWAS) of schizophrenia: does bigger lead to better results?.” Current opinion in psychiatry 25.2 (2012): 76.

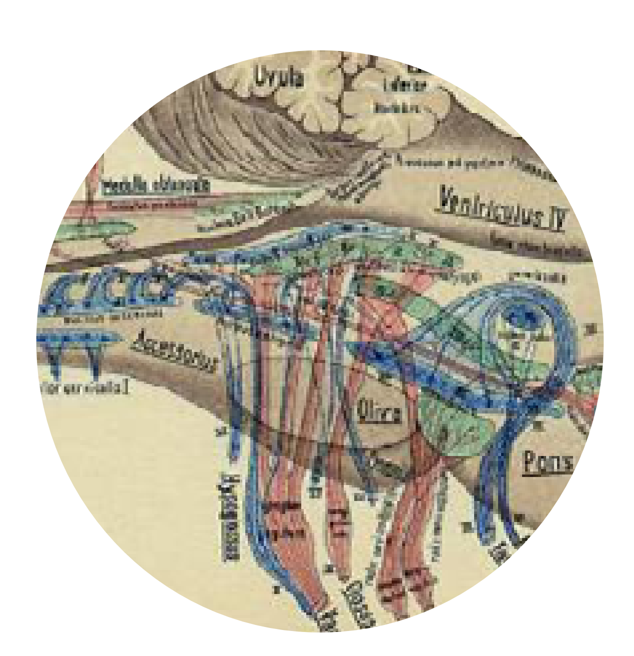
21) Lichtenstein, Paul et al. “Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study.” The Lancet 373.9659 (2009): 234-239.

22) Craddock, Nick, Michael C O'Donovan, and Michael J Owen. "Psychosis genetics: modeling the relationship between schizophrenia, bipolar disorder, and mixed (or "schizoaffective") psychoses." Schizophrenia bulletin (2009): sbp020.

23) http://isbd2015.com/scientific-program/interactive-program#.VY2u5xt_NHw

24) Arnedo, Javier et al. "Uncovering the hidden risk architecture of the schizophrenias: confirmation in three independent genome-wide association studies." (2015).

25) Citation: Translational Psychiatry (2015) 5, e593; doi:10.1038/tp.2015.86. Published online 30 June 2015



NOMBRES DE CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS

(ordenados de menor a mayor según el grado de cinismo)

Nuevo Ser (MEX)
Dharma (ARG)
El Jardín (ARG)
Bellavista (ESP)
Hogar de Job (ECU)
Pocitos (URU)
Modelo (ARG)
Los Tilos (ARG)
Self SRL (ARG)
Clínica Privada del Parque (ARG)
Clínica Privada de Salud Mental (ARG)
Philippe Pinel (ARG)

fuente: web

Opinión:
Las formas y el contenido

Marcos Zurita

1.

Esporádicamente los marcos institucionales cambian. Cambian los nombres, cambian los programas, cambian los enfoques y las referencias. Ante cada cambio, la gente se reacomoda. Están los que fantasean con acomodarse mejor, están los que sufren la incertidumbre.

Cuando las instituciones afectadas se relacionan con la formación, los temores se intensifican de la mano de los dos grandes paradigmas que luchan en vano por imponerse. Por un lado la (enorme variedad de formas que constituyen la) psicología y por el otro la (enorme cantidad de formas de ejercer la) psiquiatría.

A partir de ciertos hechos y rumores que sobrevuelan las residencias y concurrencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, surgió una charla que llevó a estas reflexiones sobre la relación entre institución y recorrido.

2.

En principio hay una tensión. Por un lado, lo institucional, de dinámica verticalista, que tiende a anquilosarse, a controlar, a sostener respuestas de todo. Por el otro, la formación, de dinámica emergente, que tiende a abrirse, a guiarse por la curiosidad, a sostener preguntas.

3.

Podría decirse que desinstitucionalizar no es sólo cerrar manicomios. Ya sabemos que se puede ser manicomializador sin manicomios. Asistimos a una era postmanicomializadora

que tiene sus propias complicaciones. Psiquiatras que sólo hacen "control farmacológico" o que empujan a la identificación del paciente con un diagnóstico. Ya no la medicación como castigo pero sí como un atajo que esquiva la semiología. Ya no la internación eterna pero sí el miedo a diagnosticar. La formación es un espacio para repensar las prácticas en los contextos contemporáneos.

4.

La formación necesita de modelos, no se puede empezar todo de cero. El punto es que los modelos son eso, una estructura conceptual que muchas veces funciona y otras no. Uno puede forzarlos para que funcionen siempre a costa de ver lo que se quiere ver, o bien es posible percibir los límites y complementarlos con otros modelos. La formación es el momento de tomar conocimiento de las formas existentes para poder elegir uno e interactuar con los otros cuando el elegido falle. Porque va a fallar (los reyes son los padres).

5.

Convendría pensarse la desinstitucionalización desde uno mismo, no sólo como algo que toca exclusivamente a los pacientes. No es que las instituciones sean máquinas mortíferas que secan la vida. Bueno, sí, pero algunas dejan algunos humedales vitales de vez en cuando. Lo que no se puede negar es la utilidad institucional. Ciertos empujes personales que de llevarlos adelante en solitario necesitarían una vida pueden multiplicarse rápidamente si se logra acoplarlos con timing en alguna institución.

6.

Institución pensada no sólo como los grandes aparatos ideológicos de Althusser. En formación, uno puede pasar por una formación institucional o elegir el camino de lo autodidacta. No son excluyentes. En mi experiencia como concurrente de un monovalente, en una coyuntura especial, la formación

fue un híbrido nutritivo que logró alimentarse de la pulpa del fruto institucional y el placer de los recorridos propios. ¿Qué se quiere decir con esto? Que el poder de lo vital está en quien se forma, no en la institución. Es bueno tenerlo presente, para no pedir peras al olmo y para saber que formarse es ejercitar el espíritu crítico.

7.

Sería interesante dejar finalmente el dualismo que sólo disipa los efuerzos y avanzar hacia una idea monista, pero con la cautela de que implique la complejidad de los estratos discursivos y no un monismo plano, reduccionista, primo del dogma.



SALUD MENTAL EVERYWHERE


La mediática Valeria contó que salió dos meses con el periodista deportivo Flavio Azzaro, pero no resultó lo que ella pensaba. Y recuerda un viernes fatídico en el que después de cenar, él quiso darle un calmante para no tener sexo

DE GENARO, DECEPCIONADA

"EL GRAN PLAN CON AZZARO ERA FIDEOS CON MANTECA Y RIVOTRIL"

fuente: Twitterlandia

Efectos beneficiosos de la dislipemia para los pacientes con esquizofrenia

Dentro de los tantos análisis que se le exprimieron al CATIE, uno se abocó a precisar el impacto de los trastornos metabólicos asociados con el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3789238/). En uno de los trabajos publicados, se informaba que por cada aumento del 1% en el Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes se daba una reducción de 0,21 a 0,28 puntos en la escala PANSS, lo cual alcanzaba significación estadística, pero representaba menos de un 3% de la variación en los puntajes de dicha escala. Todo esto llevaba a los autores a concluir que la magnitud del efecto atribuible al aumento del IMC era tan pequeña que este dato no tendría beneficio clínico. De paso decían que ni el valor del colesterol ni el de los triglicéridos mostraron una asociación significativa con los cambios en la PANSS (o sea, llegado el caso, la mejoría clínica podría llegar a ser imputable al aumento del IMC).

Uno de los autores de este trabajo es un psiquiatra de apellido Nasrallah (casi el mismo apellido que el Secretario General actual del Hezbollah y con quien comparte, además, la inicial del nombre), editor en jefe del Journal of Schizophrenia Research, entre otros cargos de relevancia.

Este autor, cuatro años después de haber publicado el anterior trabajo, ahora viene y presenta en el Congreso de la APA los resultados de un estudio en el que plantea que niveles

elevados de colesterol y de triglicéridos se asocia con un mejor funcionamiento cognitivo en pacientes con Esquizofrenia y, puntualiza, con un guiño magistral a ya sabemos qué/quién: “hay reportes que indican que la hipercolesterolemia inducida por los antipsicóticos de segunda generación puede estar asociada con la mejoría cognitiva” (http://www.medscape.com/viewarticle/844814?nlid=81697_2052&src=wnl_edit_medn_psyc&uac=152821AV&spon=12).

A ver, en principio no son tantos o fáciles de encontrar esos reportes (véase: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804232/ o http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280344/) y tampoco es que sean tan concluyentes o que hablen de una mejoría atribuible inequívoca y específicamente de los síntomas cognitivos.

De todos modos, Nasrallah insistió con la misma base de datos (la del CATIE) que antes había dado una correlación negativa entre el colesterol y los triglicéridos y la mejoría clínica y esta vez encontró que los pacientes con colesterol y triglicéridos más elevados tuvieron una mejoría cognitiva estadísticamente significativa en comparación con aquellos pacientes con colesterol bajo. Asimismo, los pacientes con niveles bajos de HDL tenían peores resultados cognitivos.

O sea, después de ser bombardeados con una catarata de recomendaciones acerca del riesgo cardiovascular asociado al uso de algunos/la mayoría de los antipsicóticos atípicos, de sugerir controles rigurosos o cambio de psicofármaco si alguno de estos valores comenzara a verse alterado, a promocionar y posicionar antipsicóticos atípicos en base a un perfil más benigno de este tipo de efectos secundarios, de golpe empieza a colarse información que sugiere que miremos con más cariño al aumento de peso, a la hipercolesterolemia, etc. Llegado el caso, parece un tanto más razonable la conclusión a la que llegaban hace ya 10 años Ascher-Svanum H et al. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280344/), quienes planteaban

que el aumento de peso era un importante marcador de mejoría clínica, pero que no se podía decir que esto era por un efecto directo del fármaco (olanzapina y placebo no mostraron diferencias). Y, en rigor de verdad, es una especie de sabiduría empírica que el aumento de peso en un paciente podía comenzar a verse cuando el periodo agudo pasó.

La alocución del Dr. Nasrallah culmina así: "El cerebro está compuesto en un 85% de lípidos, por lo tanto, los lípidos pueden ser buenos para la circuitería cerebral". (!!!) No quiero decir que lo que un psiquiatra tan reconocido y de tanta trayectoria científica plantea sea inválido, pero la verdad es que es difícil ejercer la psiquiatría basándose en datos científicos que van y vienen, que se contradicen, que se refutan, que juguetean entre sí.

Parámetros de satisfacción del consultor con respecto a la interconsulta psiquiátrica (Parameters of Consultee Satisfaction With Inpatient Academic Psychiatric Consultation Services: A Multicenter Study. Lavakumar M et al. Psychosomatics. 2015 May-Jun;56(3):262-7.).

El objetivo del estudio era evaluar qué aspectos de la interconsulta psiquiátrica cumplen con las expectativas previas del consultor (quien pide la interconsulta).

Se trata de un estudio multicéntrico realizado a médicos de los EEUU, que cuenta con una importante limitación: un número bajo de encuestados (n=87).

Aún así, resultan interesantes los resultados. ¿Cuáles fueron los puntos que los encuestados señalaron como más importantes? Fueron tres: que la interconsulta se realizara dentro de las 24hs. del pedido, que el interconsultor (el psiquiatra) entienda bien por qué se solicitaba la interconsulta y, el tercero, que las sugerencias al personal médico fueran prácticas y

útiles.

Otros parámetros considerados relevantes y que destacaremos incluyeron: "proveer una clarificación diagnóstica", "facilitar la derivación a una internación psiquiátrica", "rápido manejo de los problemas conductuales".

A juzgar por las respuestas, da la impresión de que esta encuesta hubiera sido hecha en Argentina (de hecho, no sería tan difícil replicarla localmente).

Resulta importante considerar el concepto de que un valor destacable de la interconsulta sea que el psiquiatra entienda por qué se lo llamó, algo que debería ser obvio y que no haría falta explicitar. El hecho que se lo haga da cuenta de un posicionamiento típico del consultor en salud mental con respecto al pedido y es esto de aportar una mirada o una práctica que, a menudo, puede ser percibida por el clínico como una problematización de la situación, como una falla en la resolución del problema por el que se lo llamó. Y aunque esto esté bien, no habría que olvidar que, a veces, ser interconsultor es ir a resolver exactamente el problema por el cual uno fue llamado, y no quedarse dando vueltas en torno a la torpeza de los clínicos/cirujanos y cosas por el estilo (no siempre los demás hacen las cosas mal). **JF**

Comentario: sí, pero eso sería pensar que quien pide la interconsulta sabe cual es el problema y hay un interesante porcentaje de ocasiones donde los pedidos no coinciden entre lo que ve quien pide la IC y lo que ve el equipo interconsultor. De acuerdo en no quedarse acusando de negligencia al resto de la salud, pero justamente ese aspecto de la encuesta marca el punto ciego de quien pide la interconsulta. Es por donde se van a colar los casos en que la resolución está justamente en ver más allá de lo que se pide, y con más allá pienso en ver lo más que se pueda del cuadro, no mirar a través de la espada del augurio. **MZ**

Verbos utilizados en el "Decálogo del Consumidor Responsable de Bebidas con Alcohol"

(Ministerio de Salud de la Nación)

Permitir
Consumir
Tomar
Manejar
Consumir
Evitar
Respetar
Desear
Consumir
Respetar
Consumir
Evitar
Dar
Ayudar

Fuente:
http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/recursos-comunicacion/pdf/2014-07-30_decalogo-alcohol.pdf

De formación y poesía

Tomasa San Miguel

JTP Psicopatología Cat II Facultad de Psicología UBA

"Y sin embargo prestamos oído, al acecho de una
pura melodía, antece-
dente de la fuga de las formas.
Como si a través
del tejido de las figuras corriera
oscuro el influjo de su pisa-
da, el sin comienzo de un
soplo. Y henos
aquí, adosados ya a la ausencia,
precipitados
en el hueco de la lengua, mudos".

H. Michaux

De formación

Dicen que Pichón Riviere, ya grande, pidió un analista. Sus discípulos, comenzaron a proponerle nombres de analistas formados, experimentados, de prestigio, reconocidos (no necesariamente estas cualidades son sinónimos…). Parece que Pichón retrucó: "¡No! ¡Quiero que sea joven para que tenga ganas!".

Nada nos asegura, al menos en esta época, que ser joven implique tener ganas. Quizás valga la recíproca.

Si pensamos la formación como permanente, no así la juventud "cronológica", creo que podemos conjugar ambas cuestiones: una formación con ganas, más allá de la edad y la "experiencia" de quien recibe una consulta.

Quiero decir que la formación incluye las ganas, el entusiasmo, la alegría. Pienso que eso sólo puede estar causado por un vacío en el saber, por un saber vaciado. Se sabe cuando se ha vaciado lo suficiente lo que se cree saber. De los otros, de uno mismo, de la época, de la teoría, de la técnica. Saber fallar, alegremente, es la salida y la entrada…

Formarse es estudiar mucho, analizarse valientemente, supervisar con avidez

Formarse es darle vueltas a la época, captar sus vueltas

Formarse es conversar con la ciencia y los ideales de la época

Formarse es tener ganas

La técnica, la impostura: "mal de muchos, consuelo de tontos"

En un artículo publicado por Página 12 el 3 de junio de este año, Silvia Amigo escribe sobre el silencio forzado de los analistas "lacanianos". Distingue el silencio, vacío que habilita una palabra, del callarse como supuesto "método". Malentendido extendido sobre la conceptualización del "lugar del muerto" escrita por Lacan en su texto "Subversión del sujeto".

Ese "callarse" responde a una moral… ¿moral lacaniana? Flaco favor le hacemos así a la enseñanza de Lacan si entendemos su praxis y la formalización de la misma como una moral que conllevaría determinado "modo de ser", consistiendo y consintiendo a un otro total y poderoso. Aún cuando de la teoría psicoanalítica se trate.

En este artículo Amigo propone a las ciencias como discurso científico, en tanto un saber técnico atravesado y mez-

clado, confundido con el discurso capitalista, y a los lacanianos como el mayor obstáculo para el psicoanálisis.

Vale la pena subrayar hasta el cansancio que eso no es la ciencia, en la ciencia "lo normal es no saber" y "para muestra basta un botón" según dijo el biólogo y doctor en ciencias químicas Alberto Kornblihtt en una conferencia inolvidable en el último congreso de APSA.

Respecto de los analistas llamados "lacanianos", supuestos espectadores callados frente al sufrimiento singular y las consecuencias en el lazo social que éste conlleva, el obstáculo es evidente. A veces, hacen de la comodidad y/o cobardía una supuesta posición analizada y se jactan de ser ajenos a las coordenadas sociales de las cuales un sujeto es efecto. A veces hacen de eso una enseñanza supuestamente sostenida en la lectura del texto de Lacan o Freud. No es eso lo más preocupante, sí lo es su difusión como texto sagrado.

Considero que es imposible que haya un significante que no responda a su época y a las corrientes libidinales que su época acarrea. Por eso mismo, pienso el sujeto como efecto y generador de subjetividad, inevitablemente incluido en una época. Lo único que habría que callar es la propia moral fantasmática, el narcisismo, los propios ideales. Lo cual no es tan difícil por otro lado ya que cuando estamos en posición de analistas todo eso es afortunadamente silenciado. Entonces, habría que revisar que es lo que nos causa en tanto analistas, más allá de una técnica que, es notable, corre el riesgo de convertirse en una burocratización más o menos ampulosa.

La tiranía del "para todos"

Agrego a los obstáculos recién planteados al progresismo con su paradojal hegemonía discursiva donde la inclusión forzada destartala las diferencias y singularidades. Con el fanatismo de la no diferencia, se lleva por delante la subjetividad. No hay que temer, diferenciar no implica segregar ni maltratar…¿o sí?

Si para “muestra basta un botón”, allí va una viñeta en la que, a mi entender, se lee algo de esto:

Los clínicos de la guardia derivan a salud mental a una paciente, S, por cortes autoinfligidos en sus brazos. Rápidamente, S comienza un relato de maltratos por parte del marido: golpes, abuso sexual, encierro, humillaciones. Cuenta que a propósito de esta situación ha dejado a sus hijos a cargo de su madre. Se le propone con igual rapidez, hacer la denuncia, atiborrándola de información sobre las dependencias y dispositivos que se usan en estos casos. Asegura que la hará. Se da por concluida la entrevista cuando viene su madre a buscarla a la guardia.

Nos quedamos sin saber, que en psicoanálisis quiere decir sin preguntar-se y preguntar-nos, ella y nosotros, por qué se corta: en qué momento, que hay de singular en su respuesta y por último… si los cortes están asociados o no al maltrato de su pareja.

Por supuesto que el estado debe ofrecer dispositivos a aquellos que denuncien maltrato. Por supuesto que el estado debe ocuparse de la generalización de la violencia y de su naturalización, incluso en los dispositivos que responden por esto. Y por supuesto que debemos revisar cómo hacerlo. Ya que no se trata sólo de alentar a denunciar sino que luego hay que alojar los efectos de esa decisión y cuidar la integridad de quien denunció. Y los efectos en la subjetividad del acto realizado. En caso contrario es hacer para que nada se haga.

Continuando con la viñeta: S concurre a una entrevista posterior diciendo que está deprimida “porque extraña a su marido” y que tiene que contenerse “para no llamarlo” y dando por terminada la entrevista, se retira.

Lacan en una indicación categórica nos advierte que las resistencias son del analista y que se trata en un análisis de perturbar la defensa, la de él, que muchas veces toma la forma de seudoconceptualizaciones…muy psicoanalíticas por cierto. Y otras, se acopla a un discurso, el del Amo, sin arriesgarse a revisar sus matices, sus pliegues, sus oscuridades.

Pocos días después, llama la madre de S diciendo que hace unos días que no aparece. Se la llama a su celular asegura que va a venir y no viene.

Entonces:

Formarse para captar las coordenadas de la época, ya que es imposible entenderlas porque somos sus contemporáneos, es "una cita siempre a ciegas", como dice Agamben en su libro "Desnudez".

Porque nuestra formación es del detalle, mínimo, íntimo de cada uno. Preguntar por qué, desde cuándo, en qué momento, nos dará las coordenadas de esa singularidad en lo universal del lenguaje y lo particular de la época y de sus síntomas.

Nada impide que habiendo hecho eso nos dediquemos a informar, contener, acercar medios, contactar, derivar. Nunca pensé (ni sentí) que ser agente de salud, esa es la función que la institución nos asigna, sea opuesto a "estar" analista como dice Ulloa ya que "ser analista" es una paradoja. Para esa plasticidad y disponibilidad también debemos formarnos.

Formarnos para resguardar un vacío que permita la oportunidad de alojar el saber que viene del lado del sujeto y que en "el entre" de un encuentro con un analista puede encontrar una forma de decirse. No es difícil resguardar el vacío, ya que es por estructura. Lo difícil es despabilar la neurosis para hacerle un lugar a ese vacío y jugar con él.

De forzamientos

"Tal como llego a pensarlo ahora, el psicoanálisis es intransmisible. Esto es bien fastidioso. Es fastidioso que cada psicoanalista sea forzado - ya que hace falta que sea forzado - a reinventar el psicoanálisis". (LACAN, 1978)

Un psicoanálisis es intransmisible. Como en el ajedrez sólo se pueden formalizar sus inicios y finales. Estructura de doble borde que da lugar a la formalización. En el medio, "no hay memoria de un análisis".

Eso no quiere decir que "un" psicoanálisis no se pueda

transmitir, cada vez, re inventarlo. Quiero decir, dar cuenta de lo que allí se hizo, se dijo, se escribió, se construyó. Esa transmisión, parcial, hace a la formación del analista.

Luego está la extracción de conceptos que se realizan en base a un caso. Reformulación, aplicación, invención. Con ello estamos concernidos para dar vida a la causa del psicoanálisis que es lo que nos interesa. Que el psicoanálisis como práctica se vivifique y se diga en cada encuentro. Y que demuestre sus efectos, básicamente que alguien se sienta mejor, con el hecho de estar vivo, que alguien "esté contento por vivir" (Lacan, 1976). Y que se enlace, desde su singularidad, mejor a los otros, a lo otro, a su cuerpo, su deseo y su goce.

Hay tres patas conocidas, indicadas por Freud en la formación de un analista: análisis personal, estudio y supervisión de casos. Y Lacan, en 1953, agrega una condición: que sea de "buena madera", ¿se refiere a que sea bueno?, ¿bondadoso? ¿Por qué no? No es un agregado sólo para el analista, convendría aplicarlo a cualquier práctica, pero en nuestro caso es necesario subrayarlo ya que se ha entendido que la revisión de los ideales que implica un análisis subestimaría la bondad como condición.

De invenciones

… "Entonces ¿cómo se hace para que, por la operación del significante, haya gente que se cura? Porque es bien de eso de lo que se trata. Es un hecho que hay gente que se cura.

Freud subrayó bien que no hacía falta que el analista esté poseído del deseo de curar; pero es un hecho que hay gente que se cura, que se cura de su neurosis, incluso de su perversión.

¿Cómo es eso posible? A pesar de todo lo que dije oportunamente, no lo sé. Es una cuestión de trucaje. Cómo le susurramos al sujeto que les viene en análisis algo que tiene por efecto curarlo, es esa una cuestión de experiencia en la que juega un rol lo que llamé sujeto supuesto saber. Un sujeto supuesto, es un redoblamiento. El sujeto supuesto saber es algui-

en que sabe. Sabe el truco, puesto que hablé de trucaje recién; sabe el truco, el modo en que se cura una neurosis". (LACAN, 1978)

El deseo del analista, un deseo más allá de la rigidez fantasmática, no es el deseo de curar pero lo incluye. Es cierto que no es conveniente estar "poseído" por el deseo de curar, ningún fanatismo vendría bien a un analista. Hay que matizar ese deseo de curar, no es "furor curandis" pero sí es "deseo de curar" ese sufrimiento que se va delineando a lo largo de las primeras entrevistas. Hay que desprender de ese pedido un punto de "sufrimiento de más" que sí somos responsables de curar. Esto es importante porque en ese mismo movimiento se va delineando lo imposible de curar, logrando alguna posición verdadera respecto de eso, entonces: cernir lo incurable y acompañarlo.

Somos responsables en esta época de sacudir la cobardía respecto de lo incurable y de reflotar el amor que el capitalismo forcluye.

Al mismo tiempo, Lacan asegura que a veces se cura, a veces el truco funciona. Nos guste o no, es contingente. Lo único que podemos asegurar es estar en el "método adecuado".

El truco es la transferencia y su maniobra, algo de eso se puede formalizar. Y algo no, sólo se transmite. Entonces, el significante cura, ¿cómo? Se trata de una palabra que toque el cuerpo y lo despabile.

¿Pero es posible formarse en la maniobra de la transferencia? Más bien creo que se trata de despojarse de la formación y dejarse tomar como objeto de la transferencia, ofrecerse a ese encuentro particular, donde uno es sólo lo que al otro le convenga, "conveniente retor" dice Lacan del analista en el seminario 25. Analizarse en ese sentido es la formación: pasar por el verdadero agujero, ahuecarse lo suficiente, hacerse un nombre que sea vacío.

Es necesario en este punto citar parte de la carta que Arthur Rimbaud le escribe a Georges Izambard en1871:

"Quiero ser poeta y me estoy esforzando en hacerme Vi-

dente: ni va usted a comprender nada, ni apenas si yo sabré expresárselo. Ello consiste en alcanzar lo desconocido por el desarreglo de todos los sentidos. Los padecimientos son enormes, pero hay que ser fuerte, que haber nacido poeta, y yo me he dado cuenta de que soy poeta. No es en modo alguno culpa mía. Nos equivocamos al decir: yo pienso: deberíamos decir me piensan. — Perdón por el juego de palabras.

YO es otro. Tanto peor para la madera que se descubre violín, ¡y mofa contra los inconscientes, que pontifican sobre lo que ignoran por completo!

Usted para mí no es Docente. Le regalo esto: ¿puede calificarse de sátira, como usted diría? ¿Puede calificarse de poesía?

Es fantasía, siempre. — Pero, se lo suplico, no subraye ni con lápiz, ni demasiado con el pensamiento".

Charlar y decir

"Debo decir que en el pase nada anuncia eso; debo decir que en el pase nada testimonia que el sujeto sabe curar una neurosis. Sigo esperando que algo me aclare al respecto. Me gustaría saber por alguien que lo testimoniase en el pase, que un sujeto - puesto que se trata de un sujeto - es capaz de hacer más que lo que llamaré la charla (bavardage) ordinaria, ya que es de eso de lo que se trata. Si el analista no hace más que charlar, podemos estar seguros que falla el golpe (rate le coup), el golpe que consiste en efectivamente levantar el resultado, es decir, lo que llamamos el síntoma" (LACAN, 1978).

Es claro que, según nos dice Lacan, el síntoma se puede levantar, curar. ¿Cómo? Vía un decir que ventile los afectos de tal manera que ya no provoque síntomas. El decir es un acontecimiento que se liga al amor como castración y a la transferencia (del analista) al Inconciente como cicatriz de lo real. Un decir aireado que demuestre lo imposible y permita que cada uno trence su nudo en palabra, goce y cuerpo sin obturar lo imposible de cada uno. El alivio es un vacío que habilita un invento.

Y en ese sentido, la terapéutica es transestructural ya que

el sufrimiento de la psicosis es, como lo testimonia Schreber en sus Memorias, que "todo sin sentido se anula".

De nuevo: formarse es avivar un vacío. Avivarse.

De razones y resonancias

Asociamos formación a experiencia. En psicoanálisis eso lleva a una dialéctica particular.

Dice Freud en "Consejos al médico": "El éxito de un tratamiento se asegura mejor cuando uno procede como al azar, se deja sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisas."

En esta línea, Lacan en la Conferencia en Ginebra, respecto de la particularidad de un caso dice: "Es exactamente lo que nos dice Freud- cuando tenemos un caso en análisis, nos recomienda no ponerlo por adelantado en un casillero. Quisiera que escuchásemos, con total independencia respecto a todos los conocimientos adquiridos por nosotros, que sintamos lo que enfrentamos, a saber, la particularidad de un caso… Freud insiste mucho al respecto, y si esto fuese comprendido, daría quizá la vía hacia un modo harto diferente de intervención."

Entonces por un lado, frente a un caso conviene posicionarse desde el no saber, no clasificar. La singularidad hace que un determinado tipo clínico no nos sirva para el siguiente caso del mismo tipo clínico. La singularidad es lo inclasificable y agujerea el saber.

Sin embargo, es innegable a mi gusto que, se "hace" experiencia. No se "tiene" experiencia. Se hace, cada vez, en el análisis. Es equívoco: digo del "propio" análisis y de los análisis que "dirigimos". En definitiva: se hace experiencia en el encuentro entre analista y analizante y eso no tiene como resultado una acumulación de conocimientos, pautas, técnicas, sino las marcas que deja, en el cuerpo, el deseo y el goce, la vivencia de la castración.

Luego habrá que ver cómo se testimonia de esa experi-

encia. En eso también se ha hecho una especie de moral lacaniana. El analista en el banquillo es una de esas indicaciones que, tomadas como oráculo, han inhibido en ocasiones nuestras intervenciones y, en otras, en una veta más megalómana, nos ha hecho sentir que deberíamos dar razones de las contingencias de la vida de alguien, no dejando lugar al azar más o menos agraciado. Envoltura de lo imaginario y lo real por lo simbólico que ha dado lugar a más de una ridiculización del papel del analista. Lacan va en contra de sus propios efectos hipnotizantes, anhelando relativizarlos.

Propone dos modos de dar razones de la experiencia: la razón vía los matemas y la réson, resonancia de la poesía. En 1977, Lacan dice: "...Habría podido hacerle esta observación que al fin de cuentas, el matema, es ese elemento al fin de cuentas tercero, es precisamente por eso que lo aislé en lo que hasta ahora era el balanceo del psicoanálisis, balanceo entre el cuerpo propio y por otro lado algo que, a ese cuerpo, le estorba; naturalmente no es del todo lo que se cree, es la función fálica, es decir al fin de cuentas algo como su prolongación, excepto que esta prolongación le es completamente extraña y sentida como otra".

Matema como modo de formalización, tercero entre el cuerpo y lo que lo estorba: la función fálica. Aclara que el matema no es bilingüe, intento de excluir el sentido, pero sin embargo deja por fuera el estilo de cada uno.

Quiero subrayar la incidencia del cuerpo en la transmisión, cuestión que es retomada por Lacan con mucha potencia en el seminario 24, del mismo año. Lo que se transmite es lo que en el cuerpo resuena.

Con la réson, se subraya la incidencia de la resonancia como modo de ahuecarse y ahuecar, en la falla de un encuentro. Esa vía es la poesía y hace a lo que en el psicoanálisis cada uno debe inventar porque eso es más bien intransmisible, saber fastidioso en tanto nunca hace técnica ni manual. Efecto de la resonancia que, en tanto tal, toca el cuerpo.

En el Saber del Psicoanalista, dice Lacan: "La cuestión a

la orden del día es que la razón tiene que ver con aquello a lo cual, en fin, debo decir, muchos se inclinan a reducirla: a la réson. Escriban: R.E.S.O.N. Escriban, denme el gusto. Es una ortografía de Francis Ponge quien, siendo poeta, y siendo lo que es, un gran poeta, no debemos dejar de tomar en cuenta lo que nos cuenta. "(…) la razón, de la que nos contentaremos por ahora con captar que parte del aparato gramatical, tiene que vérselas con algo que se impondría —no quiero decir, como "Intuitivo", ya que sería recaer en la pendiente de la intuición, es decir de algo visual— pero con algo justamente resonante" (LACAN, 1972).

La formación es hospitalaria

El oficio es alojar el sufrimiento de quien nos consulta. Ser hospitalario es entonces una condición. Entiendo que el hospital es un lugar privilegiado para la formación de los psicoanalistas.

El hospital es entrecruzamiento de discursos, ofrece una clínica amplia y variada, nos confronta con la necesidad de inventar estrategias y abordajes. "Privilegio horroroso" lo definía una supervisora del trabajo en la guardia durante mi residencia.

Nos ubica en el centro de cuestiones políticas que con mucho impacto nos obliga y nos da la oportunidad de revisar nuestra práctica y nuestras teorías. El hospital nos lleva a tensar aquellos conceptos que en otros ámbitos parecen obvios y por ello corren el riesgo de volverse vacíos. No es lo mismo hablar y pensar en la "parroquia" que fuera de ella. Parroquianos son, para Freud, aquellos que entienden un chiste porque comparten un código común, pero el mismo tiempo eso hace que se desgaste el efecto de sorpresa que él comporta.

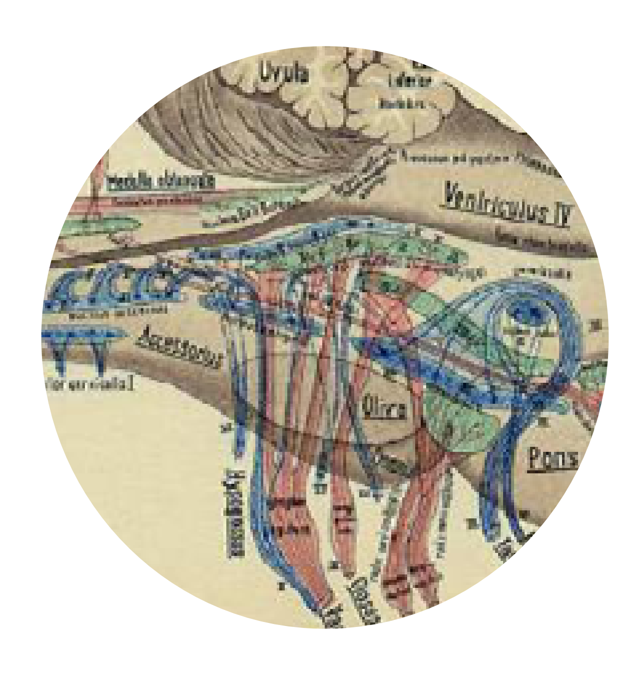
El hospital ha sido para mí, y sigue siendo desde otras funciones, un lugar privilegiado para aprender, criticar, repensar, revisar, compartir. Y comprobar los efectos, en un ámbito muchas veces adverso, de la palabra dicha y escuchada.

Todo ello depende de que los que estén allí, los que han elegido estar allí, estén a la altura de lo que la cuestión requiere. El desafío es no dormirse en la queja y la denuncia. Es difícil porque como todo discurso y el psicoanalítico no se salva, tiende a adormecer. Es allí donde el deseo del analista debe demostrarse.

Por último, un agradecido recuerdo para alguien que causó mi formación, Carlos Ruiz.

En "La relación de Lacan con la matemática" dice:

"La escritura tiene también que escribir el cuerpo; (…). Entendemos que la articulación de la escritura poética china que culmina con la afirmación de que la interpretación que extingue el síntoma es poética, muestra que por más escritura lógica que esté disponible, hay otra dimensión que es la poética. De modo que el psicoanálisis no es una ciencia y la idea de un tratado para formar psicoanalistas es tan poco realizable como la de estudiar para poeta".



SALUD MENTAL EVERYWHERE



13 jerárquicas, y una de las cuales fue en el más alto nivel.

El ganador del Joaquín V. González (G1) de 2014 mantiene una regularidad y una sanidad envidiables, y no será una tarea sencilla doblegarlo llegado el momento.

Zapata tampoco se anda con "chiquitas" a la hora de los éxitos fuera del plano común. De hecho también ganó en el más alto nivel (por distanciamiento).

Alfredo Gaitán Dassié le devolvió ritmo competitivo en forma gradual, y hoy el del Stud Rdi encara una competencia a su alcance.

Ahora afincado en el Bosque y a cargo de "un decano" de la cuida como Isidoro Lorenzo San Millán, Pataques seguramente hará valer esa reconocida capacidad que lo llevó a ganar 9 carreras.

Lo dicho, entonces, el Especial El Gran Capitán es una prueba para disfrutar de principio a fin. ■

14ta. Carrera 5
15ta. Carrera 6

La Onda
Sky Hasty (10m...

Ganó el clásico de ayer en San Isidro

Ketamina aguantó todo

Fue un triunfo trabajado y trabajoso para Ketamina el de ayer en el Clásico Antártida Argentina (L), prueba central de San Isidro. Pero tanto esfuerzo de parte de la hija de Manipulator valió la pena, ya que le permitió el primer festejo en el terreno jerárquico.

Llevada con mano maestra por Pablo Falero, la del stud Armoni aguantó todo para arribar al triunfo. Primero, el asedio de Easy Election, la que en la recta le presentó lucha.

Y cuando ya se había sacado de encima a la de Haras Pozo de Luna, la zaina tuvo el resto suficiente para frenar a Favourite Game, que le llegó a la cincha.

De esta forma Ketamina trascendió el plano condicional e hizo que el esfuerzo valiera la pena. ■

9na. Carrera — 1200 metros

CLÁSICO ANTÁRTIDA ARGENTINA (L)

	Caballo	Kg.	Jockey	Dist.	Pag.
1	KETAMINA (2)	54,5	P. Falero	—	—
2	FAVOURITE GAME (2)	53	E. Ortega Pavón	1/2 cuerpo	[illegible]
3	EASY ELECTION (3)	53	J. Villagra	3/4 cuerpo	[illegible]
4	GOTEANDO KEY (4)	56	F. Coria	2 1/2 cuerpos	[illegible]
5	FANTASTIC FOUR (5)	56	[illegible]	3 cuerpos	[illegible]

Dividendos de: Ketamina [illegible]. Apuesta Doble: [illegible]. Apuesta Exacta: [illegible]. Apuesta Trifecta: [illegible]. Apuesta Cuaterna: [illegible]. Apuesta Triple: [illegible]. Tiempo: [illegible]. Cuidador: [illegible]. Stud: Armoni. Por: Manipulator - [illegible]. Edad: 2 años.

Un kilo... más no...
Pablo Fa... a Ketami... primera... 54,5 kilo... los 53 es... Hay ocas... las que s... resignar... poder co... un jinete... uruguayo...

Juegos Resultados extraoficiales de los sorteos de ayer

Nacional Matutina — Nacional Vespertina — Nacional Nocturna — Poceada — Provincia Matutina — Provincia Vespertina — Provincia Nocturna

fuente: Clarin

¿Qué es la Gastropsiquiatría?

Marcos Asade

Psiquiatra de planta del Hospital de Gastroenterología Dr. C. Bonorino Udaondo.
Director de Cegapsi - Centro de Gastropsiquiatría

El acelerado avance de la medicina en las últimas décadas ha creado distintas subespecialidades, las cuales colaboraron con la posibilidad de realizar diagnósticos y tratamientos más certeros. Sin embargo, como contrapartida, esto conlleva el riesgo potencial de conducir hacia una visión fragmentada de los pacientes por parte de los profesionales. Las especialidades y las subespecialidades traen consigo el riesgo de olvidar que el paciente es un ser integral, quien puede padecer distintas dolencias tanto del orden físico, emocional como espiritual. Si bien la Gastropsiquiatría podría entenderse como una subespecialidad, la misma tiene por finalidad abordar los síntomas psíquicos asociados a las enfermedades gastrointestinales, considerando además el trabajo en equipo interdisciplinario como pilar fundamental del tratamiento. Por su parte, la neurogastroenterología estudia las conexiones entre el Sistema Nervioso Entérico (SNE) y el Sistema Nervioso Central (SNC), pero sin abordar los trastornos mentales, de los cuales se ocupa particularmente la gastropsiquiatría.

Biológicamente, el tubo digestivo está "conectado" con el cerebro a través del llamado eje cerebro intestinal. Hace ya algunas décadas, el Dr. Michael Gershon, investigador de la Universidad de Columbia, describía la red neuronal que tenemos en nuestras "entrañas". El tubo digestivo contiene más de 100 millones de neuronas, las cuales representan una mayor cantidad que las que se encuentran a lo largo de toda la médula espinal. Los plexos nerviosos de Auerbach y Meissner –que recorren el tubo digestivo- albergan neuronas iguales a las que tenemos en nuestro cerebro y además secretan las mismas sustancias. Si tomamos como ejemplo a la serotonina, neurotransmisor fundamental en neuropsiquiatría por estar vinculado con algunas patologías como la ansiedad y la depresión entre otras, debemos recordar que la misma es sintetizada en más de un 90% en el tubo digestivo, teniendo implicancia directa sobre síntomas gastrointestinales. Muchas veces "sentimos" nuestras emociones en la zona abdominal. Investigaciones en este campo muestran que el tubo digestivo está íntimamente relacionado con nuestro sistema emocional, incluso publicaciones científicas se refieren al intestino como el "segundo cerebro" o el "cerebro intestinal".

El eje cerebro intestinal mencionado en el párrafo anterior, está compuesto por vías neurales bidireccionales que unen los centros encefálicos cognitivos y de la emoción con áreas neuroendócrinas, con el sistema nervioso entérico y con el sistema inmune. El Sistema Nervioso Autónomo (SNA) envía información desde el intestino hacia el cerebro mediante la vía vagal y las vías aferentes espinales, la cual es procesada en áreas afectivas y cognitivas. A su vez, el cerebro lleva información hacia el intestino por vías autonómicas. Este modelo de comunicación bidireccional del eje cerebro intestinal provee una estructura biológica que apoya el modelo biopsicosocial de los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF), el cual integra la participación de factores biológicos, psicológicos y sociales. A los TGIF se los conceptualiza en la actualidad como

una desregulación del eje cerebro intestinal. Un ejemplo paradigmático es el Síndrome de Intestino Irritable (SII), el cual se incluye dentro de los TGIF.

Los TGIF frecuentemente se asocian con síndromes ansiosos y depresivos. La presencia de dichas comorbilidades genera una evolución más tórpida y una menor respuesta al tratamiento gastroenterológico convencional. La estrategia terapéutica en los TGIF dependerá de la gravedad de los síntomas, el grado de deterioro funcional y la presencia de problemáticas psicosociales, observándose que la mejoría es más sostenida y eficaz cuando el abordaje es interdisciplinario. En este sentido, la gastropsiquiatría intenta comprender y abordar integralmente el aspecto psicosocial, así como tratar la ansiedad y/o depresión asociada a las patologías funcionales del tracto gastrointestinal.



GALERIA DE PSIQUIATRAS HIPSTERS

El fenotipo conocido hoy como “hipster” no se expresó por primera vez en las agencias publicitarias. Surgió en la Psiquiatría. He aquí los documentos.






Arriba: Kraepelin, Griesinger, Kahlbaum
Abajo: Wernicke

VIÑETA CLÍNICA

—¿Qué ve acá?
—La lámina 3 del test de Rorschach.
—¿Qué más?
—Un pequeño temblor fino en su mano.
—¿Algo más?
—Atrás de la lámina 3 del test de Rorschach y usted, veo una biblioteca con los dos primeros tomos de “En busca del tiempo perdido”.
—¿Podría explicar un poco más?
—Sí, es evidente que quiso leerlo porque era un must de su generación, pero en la intimidad de su hogar decidió abandonar las soporíferas vacilaciones de Proust y entregarse a lecturas más interesantes.
—Muy bien, ahora le voy a pedir que me diga qué ve en esta otra lámina.
—Veo un psicoterapeuta enseñándole una lámina del test de Rorschach a un paciente y preguntándole qué ve ahí.
—¿Qué mas?
—El paciente convence de su cordura al psicoterapeuta.

La psiquiatría como neurociencia y la formación de los psiquiatras

Javier Fabrissin

Introducción

Como venimos haciendo en los números anteriores de ATLAS, también procuramos que este número contara con la traducción de algún artículo original publicado en revistas extranjeras. Sin embargo, el paper que elegimos nos hizo chocar contra el muro de los derechos de autor, no por parte de los autores, precisamente, sino por causa de la empresa encargada de la gestión del copyright (literalmente, una computadora que puso un precio en dólares, elevado, a pagar por su publicación traducida).

Para sobreponernos del revés y gambetear la limitación, pensamos que podríamos aprovechar la ocasión para comentar el artículo que no pudimos traducir junto con otros dos, muy relacionados entre sí y cuya temática apunta a lo mismo: la psiquiatría concebida como neurociencia y la formación de los residentes bajo este paradigma.

Los artículos en cuestión son:

1) Insel TR, Quirion R. Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline. JAMA. 2005 Nov 2; 294(17): 2221–2224.

2) Reynolds CF, Lewis DA, Detre T, Schatzberg AF, Kupfer DJ. The future of psychiatry as clinical neuroscience. Acad Med. 2009 Apr; 84(4):446-50.

3) Ross DA, Travis MJ, Arbuckle MR. The future of psy-

chiatry as clinical neuroscience: why not now? JAMA Psychiatry 2015 May 1; 72(5):413-4.

¿La Psiquiatría es una Neurociencia?

Asumiendo que ya estaría resuelta la necesidad de justificar que existe una serie heterogénea de padecimientos subjetivos y de manifestaciones objetivas que, agrupados de cierta manera, se denominan patología mental, y que la psiquiatría es una especialidad de la medicina que pretende hacer algo con eso (diagnosticar, tratar, ¿prevenir?), preguntamos: ¿es la psiquiatría una neurociencia? Rápidamente se puede decir que la respuesta correcta podría ser sí, no, sí y no, o ni un sí ni un no.

Para los autores de los tres trabajos, desde el que fue escrito hace 10 años como el de reciente publicación, la categórica respuesta es un sí, que la investigación en neurociencias está lo suficientemente avanzada y que se cuenta con la suficiente información como para incluir los conceptos neurocientíficos en el campo y la enseñanza de la psiquiatría.

Aún cuando los artículos disten entre sí por unos diez años, las justificaciones a las que se remiten para sustentar dicha afirmación son más o menos las mismas en los tres artículos.

La psiquiatría es una enfermedad del cerebro

Los tres trabajos coinciden en esta definición: los trastornos mentales son trastornos del cerebro.

Aquella máxima, esa de que los problemas mentales son patologías del cerebro, cuyo primer heraldo consagrado por la historia fue Griesinger (pero que seguramente otros antes que

él ya habrían dicho lo mismo), retomada en diferentes contextos y con diferentes propósitos, vuelve a ser afirmada, sin concesiones y sin matices, por los autores. Por lo tanto, si se trata de una patología del cerebro, la visualización de patrones anormales en la actividad cerebral mediante estudios de neuroimágenes sería equivalente a detectar la patología de estas enfermedades (1).

Según esta premisa, les es posible augurar que, con el tiempo, la evaluación clínica incluirá de rutina la aplicación de ciertos estudios de neuroimágenes a los efectos de detectar dichos patrones anormales de activación cerebral. Así, para alguien con esquizofrenia, el psiquiatra del futuro, diagnosticará y seleccionará un tratamiento específico, mediante el empleo de una tarea cognitiva (un test cognitivo) y una evaluación por neuroimágenes estructural y funcional (1). Esa vendría a ser la clínica que viene.

Presente y futuro

Siguiendo con esta línea, los autores señalan que si bien las evaluaciones diagnósticas y las herramientas terapéuticas actuales pueden considerarse buenas, resultan limitadas, Para superar esta limitación, es que hace falta incluir la perspectiva neurocientífica. Los hallazgos de la genética (genómica y proteómica), de los estudios por neuroimágenes, de las teorías psicométricas, son necesarios para poder definir etiología y fisiopatología de un trastorno así como los fenotipos relevantes a la hora de implementar un tratamiento (2).

En la patología mental, como en el resto de la medicina, la determinación de la fisiopatología de un trastorno debería permitir que el diagnóstico se base en biomarcadores y que los tratamientos estén basados en diseños racionales dirigidos a esa fisiopatología. De todos modos, la posibilidad para definir

las arquitecturas de riesgo de los principales trastornos psiquiátricos está condicionada solamente por la capacidad técnica actual para identificar fenotipos y endofenotipos, para acceder a suficiente ADN de pacientes y familiares y por la habilidad para detectar interacciones críticas entre gen y ambiente. (1)

La impresión que causa la lectura de los presentes trabajos es que la investigación en neurociencias ofrece hoy en día, suficiente y confiable información, y que ésta casi que ya podría verterse al campo de la clínica. Pero, en verdad, los artículos se balancean entre esa especie de confianza y suficiencia en la neurociencia a una postura más recatada y realista.

En tal sentido, los autores aceptan que los modelos científicos actuales dejan muchas preguntas sin responder, pero aún así se preguntan por qué, dado todo el progreso que ha tenido lugar en el campo de las neurociencias, la aplicación clínica de los datos brindados por la investigación neurocientífica sigue pareciendo cosa del futuro. Observan, con tono quejoso, que los avances de las neurociencias parecen confinados a formar parte de las páginas de los journals de investigación e impiden que se dé un cambio de paradigma en la manera que la mayoría de los médicos atienden a los pacientes (es decir, el pasaje de un paradigma clínico a uno neurocientífico). (3)

¿Cuáles serían las barreras que imposibilitan que el campo de la psiquiatría se avenga a abrazar una nueva identidad (neurocientífica) hoy mismo? Aventuran algunas respuestas tales como la complejidad para entender los conceptos neurocientíficos o la velocidad con que crece el corpus de conocimiento, con el consecuente desafío, a menudo perdido, de mantenerse actualizado. Pero la principal barrera que denuncian es la creencia generalizada de que la neurociencia no es relevante para el tratamiento de los pacientes, y para convencer de la relevancia de la neurociencia para el tratamiento de los pacientes traen a colación el hecho de que se está empezando a ver

la introducción de nuevos tratamientos guiados por hipótesis (hypothesis-driven treatments). (3) Agrego un signo de pregunta.

En definitiva, la fuerza más poderosa para que se logre este cambio de paradigma estaría posibilitado por el desarrollo de modelos explicativos más refinados de los trastornos mentales y de propuestas terapéuticas más novedosas, para lo cual es imprescindible que mejore la comunicación (lo que se da en llamar traslación, ese término actual para nombrar algo que siempre ocurrió) entre investigadores básicos y psiquiatras clínicos. (2)

Nuevos tratamientos racionales

Desde hace años se viene marcando que el arsenal psicofarmacológico consiste en drogas cuyos mecanismos de acción, en general, están basados en teorías parciales o perimidas (aun así funcionan, dicho sea de paso); y hace años, por lo menos 10, si tomamos la fecha del primero de los artículos, se viene apostando por la irrupción de nuevos psicofármacos que se investiguen y desarrollen a partir de la fisiopatología de la patología mental. Esto es: el diseño racional de psicofármacos. Y aquí los artículos oscilan entre la cautela y la afirmación ciega de que ese cambio ya está teniendo lugar.

Así, mientras que señalan que la posibilidad de definir cuáles son los riesgos neurogenéticos para el padecimiento de una patología mental no implica que se consigan nuevos tratamientos, sostienen que sí proveerá una vía de acceso a la fisiopatología, para determinar nuevos blancos terapéuticos y preventivos. (1) Al poco tiempo, se afirma que los neurocientíficos clínicos están siendo testigos de la fase inicial del desarrollo de intervenciones farmacológicas novedosas fundados en la fisiopatología de los trastornos mentales más que en los

descubrimientos de fármacos por serendipia. Además, alegan que los psiquiatras están mejor preparados para predecir la variabilidad terapéutica usando información farmacogenética. Aunque esto último parece más cercano que la afirmación anterior (la de ser testigos de la aparición de fármacos diseñados racionalmente), dista todavía de ser algo pasible de ser utilizado en la práctica cotidiana. (2)

Psiquiatría ~ Neurología

Como quizás se vea venir al revisar estos trabajos, el siguiente paso que dan los autores es fomentar el acercamiento de la psiquiatría al resto de la medicina y, fundamentalmente, tratar de asimilarla a la neurología.

Con las herramientas de la neurociencia moderna está teniendo lugar un entendimiento más profundo de las vías causales de los principales trastornos neuropsiquiátricos, lo que vuelve artificial los límites entre la psiquiatría y la neurología.

Los componentes de la psiquiatría y de la neurología son a menudo arbitrarios y tienen una divergencia histórica más que racional. Mientras que la neurología tradicionalmente se ha enfocado en pacientes con lesiones anatómicas discretas, la psiquiatría o la neurociencia clínica moderna da cuenta de una disfunción en circuitos anatómicos y en la conectividad neuronal. Por lo tanto, entre una y otra hay diferencias de grado, no absolutas. Las fronteras tradicionales entre la psiquiatría y la neurología, entre mente y cerebro, están desapareciendo. (Todo el párrafo pertenece a la referencia 2)

La formación del psiquiatra del futuro

Para que este cambio en la práctica clínica pueda darse, resulta prioritario que la formación del psiquiatra y, concretamente, que las residencias de psiquiatría comiencen a introducir esta perspectiva en sus programas de estudio.

Se debería esperar que los programas de residencia estén a la vanguardia de este cambio ya que son el lugar en el que la formación en psiquiatría está mejor concentrada. Sin embargo, muchos programas no enseñan neurociencia de una manera sistemática o abarcativa. En principio porque no es un requerimiento específico de los programas pero, por otro lado, porque pocos programas de residencia tienen suficiente personal capacitado para enseñar neurociencias. Y si no se logra incluir las neurociencias en los programas de residencias, el sitio más puro de formación, ¿cómo se podría lograr un cambio en el contexto más amplio de la práctica psiquiátrica? (3)

El entrenamiento de los psiquiatras [en el futuro] necesita ser profundamente diferente de lo que viene siendo. Los psiquiatras del futuro necesitarán ser científicos del cerebro. De hecho, psiquiatras y neurólogos pueden ser considerados como neurocientíficos clínicos. Y una propuesta concreta, ofrecida en el 2005, es que la formación comience con dos años de neurociencia clínica, compartida por las dos disciplinas que hoy llamamos neurología y psiquiatría, seguidos por otros dos o tres años de entrenamiento específico en alguna de las muchas subdisciplinas. Esta propuesta de programa reconoce que las neurociencias clínicas han madurado lo suficiente, al punto de parecerse a la medicina interna, en cuanto a que es requerido un entrenamiento central previo a la especialización (1).

Augurios

Insel y Quirion denominan al periodo que va desde el año 2005 al 2015 como la Década del Descubrimiento (básicamente del descubrimiento de la fisiopatología de los trastornos mentales), lo cual sería producto de la aplicación de las nuevas tecnologías (genómica, neuroimágenes, proteómica, diagnósticos moleculares) al estudio de los trastornos mentales. Auguran que los diez años siguientes, del 2015 al 2025, serán los de la Década de la Traslación, años en los que se dará el pasaje de toda esa información neurocientífica al tratamiento de los pacientes. Además, puntualizan que en el año 2015 (el actual, digamos), comenzaría a darse la aparición de los bio-diagnósticos y de los tratamientos basados en la patología nuclear de los trastornos mentales. (1)

Y concluyen con esta especie de adagio, que produce escozor en algunos epistemólogos y simpatía en ciertos psiquiatras huérfanos: redefiniendo las bases de la psiquiatría como una neurociencia clínica también aceleramos el proceso de integración de la psiquiatría con el resto de la medicina. (1)

Reynolds y cols. le conceden al campo de la psiquiatría un alcance algo mayor, al sugerir que la psiquiatría debería desdoblarse entre una psiquiatría neurocientífica y una psiquiatría que abreve en la salud pública (prevención de población en riesgo), en el primer nivel de atención, más cercana a la pediatría o a la medicina general. (2)

Comentarios

Comentarios
Varias ideas dando vueltas.
Una de ellas tiene que ver con ese alboroto gallináceo de regocijo que produjo el hecho de que el Director del Instituto

Nacional de Salud Mental de los EEUU estuviera en contra del DSM V, como si se tratara del adalid que salía a denunciar una pobreza clínica y un reduccionismo biológico en el DSM. Parece bastante evidente que su propia postura teórica lleva la clínica al mínimo y la biología al máximo. Por no mencionar que luego, al poco tiempo, lanzó un escrito en conjunto con el Presidente de la Asociación de Psiquiatría Americana, resaltando las virtudes del DSM (http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml).

También pensaba que los autores están interesados en que los residentes de psiquiatría de los EEUU y Canadá adopten la neurociencia como parte integral de su formación y de su práctica. Uno puede estar a favor o en contra de ello, pero sería interesante reflexionar acerca de las posibilidades que podría haber en Argentina de incluir tal formulación teórica, o de profundizar su discusión a nivel nacional sobre los programas de formación de los residentes.

A mi entender, las proclamas acerca del alcance que tienen las neurociencias en la práctica psiquiátrica actual están sobredimensionadas, pero uno podría preguntarse: ¿y si termina siendo así? ¿Y si, a la larga, se estructura una nosología a partir de alteraciones biológicas (ej.: patrones de activación en estudios de neuroimágenes funcionales), donde los signos y síntomas sean apenas orientadores que inicien un proceso diagnóstico que se completa y define con exámenes complementarios, en donde los nombres clásicos (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar) sean sólo etiquetas que conserven muy poco de las descripciones clínicas? ¿Y si, en ese hipotético escenario, los psicofármacos responden a la fisiopatología y corrigen las alteraciones funcionales para las que fueron diseñados? ¿Y si, luego de todo eso, se observa que los pacientes agrupados en base a esos criterios estrictamente biológicos están mejor?

Cuando leía los trabajos recordaba las consideraciones de

H. Ey en el Estudio N°2 "El ritmo mecano-dinamista de la historia de la medicina" de sus Estudios Psiquiátricos (Henry Ey, Estudios Psiquiátricos, Volumen I, Editorial Polemos, 1era. Ed, 2008, pp.21-23, 26).

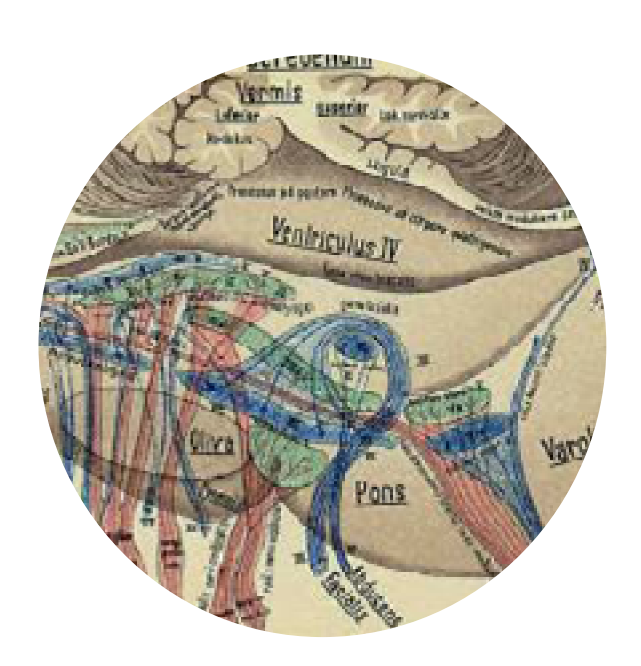
Este autor plantea que "o bien la enfermedad es debida a una influencia exógena exterior al organismo que hay que descubrir y combatir [...]. O bien la enfermedad no es extraña al organismo, se relaciona con todo un encadenamiento de asociaciones relativas a la vida del paciente [...].". Mecanicismo y dinamismo son los nombres que, respectivamente, le da el autor a estas posturas. No nos vamos a detener en su descripción de cada una de estas aproximaciones al enfermar (en la lectura del texto se puede advertir fácilmente cuál es su predilección), pero citaremos su observación acerca de que la oposición, "este perpetuo balanceo", de estas dos doctrinas, "la sucesión en el éxito de su periódica hegemonía constituye el ritmo de la historia de la medicina".

Podríamos decir, por tanto, que esta fluctuación, que esta polarización, entre una fisiopatología biológica y una que, para no excluir nada, llamaríamos bio-psico-social, persiguió no sólo a la psiquiatría sino a la medicina en su totalidad, pero que, posiblemente, sea en la psiquiatría, acaso por las particularidades de su objeto de estudio, donde sigue dándose esa discusión eterna.

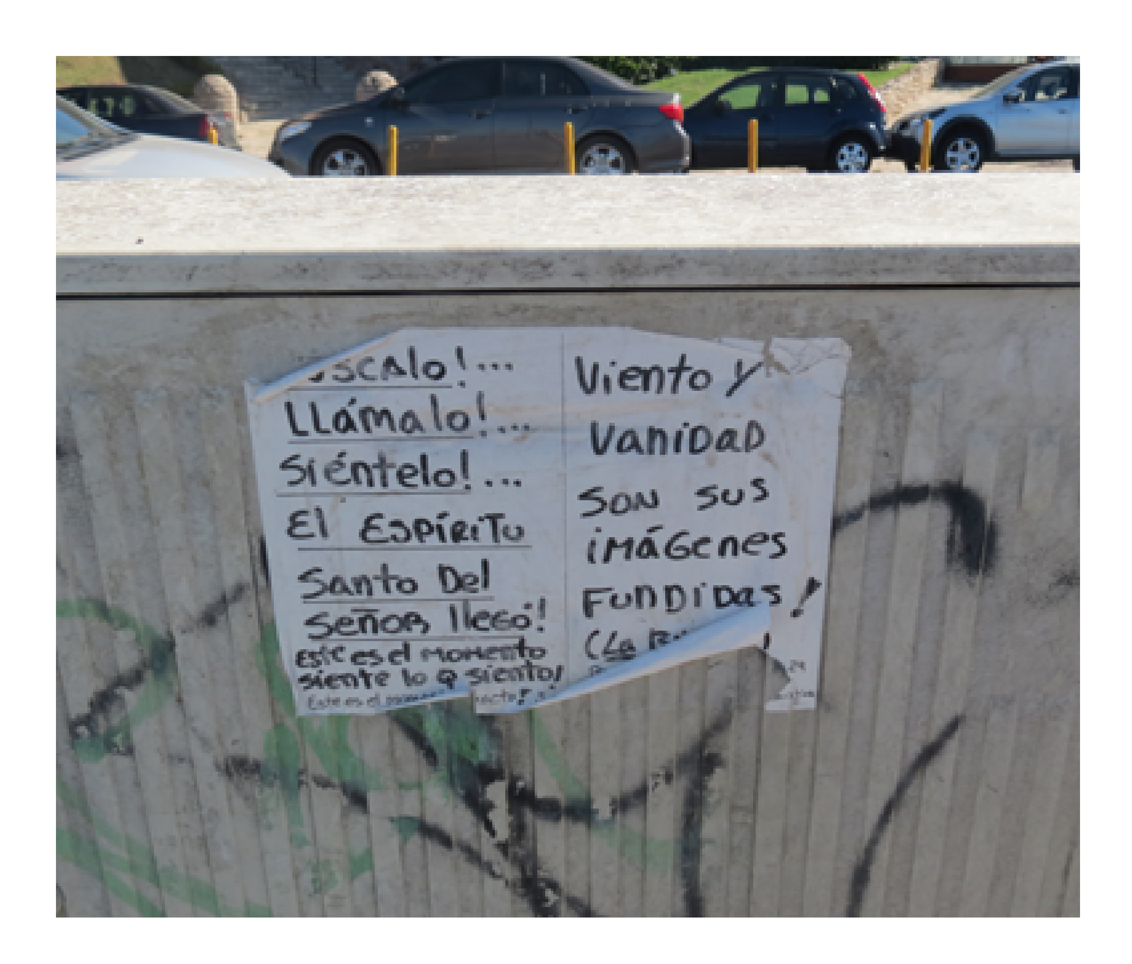
Para Ey, "es necesario recurrir a una forma "multidimensional" –y en cierto sentido complementaria- de la causalidad de la patología humana. Los fenómenos mórbidos se inscriben en función de una doble coordenada, el determinismo de la naturaleza –incluso aunque sólo esté determinada relativamente- y la finalidad del organismo en su totalidad psicosomática. Encontrar el equilibrio de estas dos tendencias, que son como los contrarios que por misión tiene que reconciliar. " (pág. 47, op cit). Es fácil acordar con esta propuesta pacifica-

dora, el problema es que esta propuesta no calma las ansias de los opuestos, no los concilia sino que crea una tercera posición.

El asunto este no tiene solución y lo más saludable sería que renunciemos a querer lograr una síntesis, un acuerdo general que salde toda discrepancia o un triunfo de nuestra opinión. En fin, aceptar la divergencia y manejarse con esa certeza (la de la divergencia), simplemente sabiendo dónde uno está parado y por qué.



SALUD MENTAL EVERYWHERE



fuente: Calle de Mar del Plata

ARTE Y SALUD MENTAL

Skinner encuentra a Rafael Alberti



Se equiivocó la paloma BZZZZZZZ
Se equivocaba BZZZZ
Por ir al norte, fue al sur.
Creyó que el trigo era agua.
Se equivocaba.
BZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZ

Cierre

ATLAS 6 finaliza acá. Nos vemos el próximo número, que estará circulando cuando se inicie la primavera.

Las ilustraciones que separan los artículos son dibujos de Christofredo Jakob.

SUSCRIPCIÓN

Si desean recibir en sus casillas de mails los número anteriores y los que seguirán, enviénnos un mail a **maildeatlas@gmail.com** y encantados les cumpliremos ese deseo.

Ediciones anteriores disponibles en :
bibliotecaatlas.wordpress.com

